



GYMNASTIQUE VOLONTAIRE ADULTE/ENFANT FONBEAUZARD  
**BULLETIN D'INSCRIPTION ADULTE**  
Saison 2024/2025

<b>1 - IDENTITE</b>	N° de licence :
Nom : ..... Nom de jeune fille : .....	
Prénom : ..... Date de naissance : .....	
Adresse : .....	
Code postal : ..... Ville : .....	
Téléphone : ..... Portable : .....	
Email (en MAJUSCULES svp) :	
Souhaitez-vous recevoir les informations principales (AG, manifs, rentrée) du club par : (rayer la mention inutile)	
MAIL - COURRIER POSTAL	

<b>2 – ACTIVITES (Cocher la ou les activités/créneaux choisis)</b>			
<b>GYMNASTIQUE</b>			
(Accès illimité gym tonique, gym douce, gym zen, gym dos, Pilates, Zumba, gym adaptée) <input type="checkbox"/>			
<b>AQUAGYM</b> (1h au choix)	Jeudi 19h-20h <input type="checkbox"/>	<b>Marche NORDIQUE</b>	Mercredi 10h-11h30 <input type="checkbox"/>
Limité à 30 par créneau	Jeudi 20h- 21h <input type="checkbox"/>	Limité à 25 personnes	
<b>YOGA</b> (1h au choix)	Mardi 10h45-11h45 <input type="checkbox"/>	<b>Méthode DE GASQUET</b> (1h au choix)	Lundi 10h30-11h30 <input type="checkbox"/>
Limité à 30 par créneau	Mardi 19h30-20h30 <input type="checkbox"/>	Limité à 15 le lundi	Mercredi 8h30-9h30 <input type="checkbox"/>
	Jeudi 10h30-11h30 <input type="checkbox"/>	Limité à 25 le mercredi et le jeudi	Jeudi 14h00-15h00 <input type="checkbox"/>

<b>3 – COTISATION ANNUELLE</b> (non remboursable en cours d'année – Cf Règlement intérieur)		
<b>MONTANT :</b> .....	<b>Facture pour CE ?</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pass'Sport (CAF) ?</b> <input type="checkbox"/>
<b>Règlement :</b> <input type="checkbox"/> 1 ou 3 chèques à l'ordre de : <i>GV Fonbeuzard – Montants définis par l'association (Cf. Tarifs 2024/2025)</i> Encaissables les 1 <sup>er</sup> octobre 2024 / 1 <sup>er</sup> novembre 2024 / 1 <sup>er</sup> décembre 2024		
<input type="checkbox"/> Espèces		

<b>4 – PIECES à JOINDRE pour DOSSIER COMPLET</b>	
<input type="checkbox"/> 1 Photo pour nouvel adhérent	<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du Questionnaire de santé au verso
<input type="checkbox"/> Questionnaire de santé + attestation signée (au dos) ou Certificat Médical si pb	<input type="checkbox"/> SINON, je joins le certificat médical attestant qu'il n'y a pas de contre-indication à la discipline précisée
<input type="checkbox"/> 3 enveloppes timbrées et libellées à votre adresse <b>SI VOUS NE LISEZ PAS LES MAILS</b>	
<input type="checkbox"/> Paiement de la cotisation (Cf. Tarifs 2024/2025)	
<input type="checkbox"/> Si Pass'Sport, impression du mail de la CAF	

<b>5 – Règlement intérieur /Droit à l'image</b>	<b>Signature</b>
En adhérant à l'association, - je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter. - j'autorise l'utilisation de mon image lors des activités gymniques à des fins de communication	



# Questionnaire de santé EPGV pour le sportif majeur

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Beaucoup de personnes devraient augmenter leur niveau d'activité physique au quotidien, et ce tous les jours de la semaine. Mener une vie active est bénéfique pour la santé de tous.

Ce questionnaire vous dira s'il est nécessaire pour vous de consulter un médecin afin d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

S'il vous plait, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions: cochez Oui ou Non	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié**

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.
- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

## ATTESTATION EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE À LA FFEPGV

Je soussigné M/Mme : ....., né(e) le..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.

A ....., le ...../...../.....

Signature

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom et téléphone) :

.....